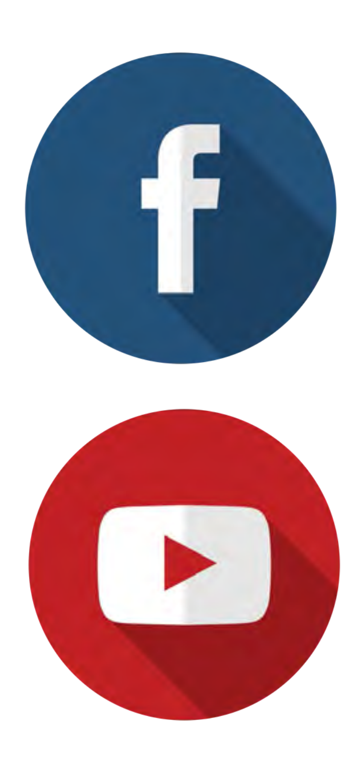
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Maladies Inflammatoires Chroniques de l’Intestin (MICI)

Définitions - Généralités

- Affections inflammatoires du Tube Digestif – Présentation clinique: aigue, subaigue, chronique, évolution chronique. Cause inconnue.
- Trois maladies :
  - Rectocolite Hémorragique (RCH)
  - Maladie de Crohn (MC)
  - Colites Inclassables (C.Inc)
- RCH : maladie exclusivement colique
- MC : touche l'ensemble du TD de la bouche à l'intestin
- C.Inc.: ni RCH ni MC

Intérêt de l'Etude

- ↗ de l'incidence en Algérie (MC+++)
- Pathologie coûteuse (coûts directs, coûts indirects)
- Pathologie potentiellement sévère (complications)
- Nouvelles perspectives thérapeutiques (anti TNF)

Épidémiologie (1)

- Maladie à répartition ubiquitaire dans le monde
- Incidence variable selon les régions
  - Pays du Nord de l'Europe, USA: forte incidence
  - Europe du Sud, Centre : Incidence moyenne (intermédiaire)
  - Afrique, Amérique du Sud, Asie : faible incidence
- A Alger (2007) :
  - RCH : 1,40-105/ht/an
  - MC : 1,60-105/ht/an
  - (MC : x2 en 30 ans)

Epidémiologie (2)

- Sexe = H = F
- Age moyen : 29 ans; 75% < 40 ans courbe de répartition bimodale 2 pics : 35 et > 60 ans
- Ethnie: juifs(+++), noirs=blancs; asiatiques: faible incidence

Pathogénie

- Multifactorielle
  - Prédisposition génétique : famille, jumeaux, ethnie – Mutation génétique : NOD2 CARD15 (MC)
  - Facteurs d'environnement : tabac, flore intestinale (+++)
  - Facteurs immunitaires
    - Etat normal : tolérance immunitaire
    - Pathologie : dysfonctonction immunité intestinale
  - Autres facteurs : alimentaires – psychologiques – infectieux : non démontrés

Rectocolite Hémorragique

I. Définition Généralités

- Pathologie inflammatoire chronique touchant exclusivement le colon et prédominant à sa surface et à sa terminaison. Atteinte rectale constante, lésions continues, symétriques
- Evolution par poussée/rémission
- Guérie par la colectomie totale

II. Épidémiologie

- Répartition ubiquitaire mais Variable selon les régions
- Incidence : 1,40/105h/an
- Sexe : H=F
- Age moyen :26,5ans – (16-77 ans) 75%<=40ans courbe bimodale avec pics de fréquence = 35 ans - 60ans
- Ethnie : juifs+++ - noirs = blancs =↘ Asiatiques ↓

III. Pathogénie

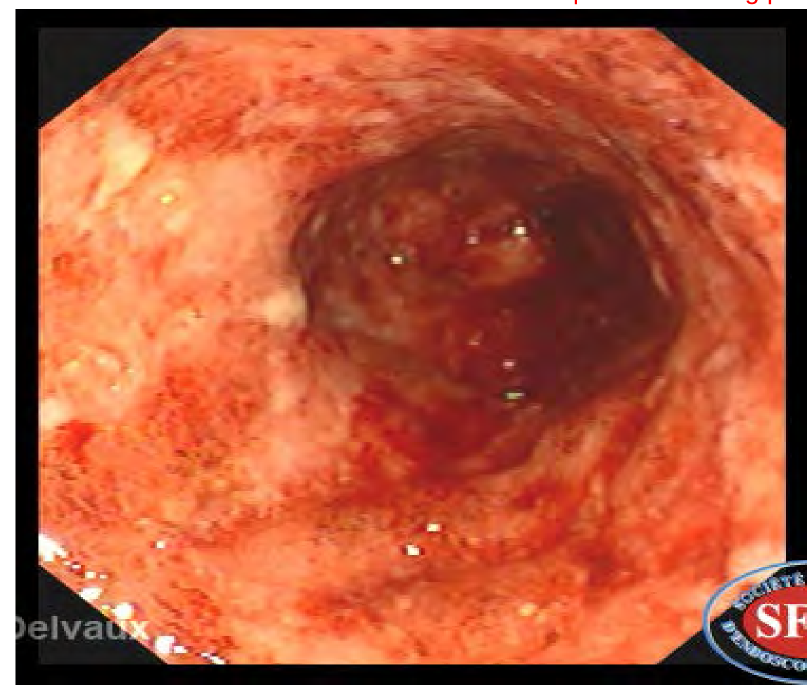
- Multifactorielle :
  - – Prédisposition génétique : famille – Jumeaux Ethnie
  - – Facteurs d'environnement : tabac – flore intestinale +++
  - – Facteurs immunitaires
    - Etat normal : tolérance immunitaire
    - Pathologie : dysfonction immunité intestinales
  - – Autres facteurs : alimentaires, psychologiques etc… non documentés

IV. Clinique : la poussée

- Antécédents : familiaux – Personnels
- Mode de début : brutal, progressif, circonstances
- Symptomatologie : intensité variable
- SF :
  - Diarrhée sanglante
  - Syndrome dysentérique
  - Rectorragies isolées
- SG : dépendent de l'intensité de la poussée
  - T° , Amaigrissement, Asthénie, anorexie
- Sph : Examen abdominal, anorectal

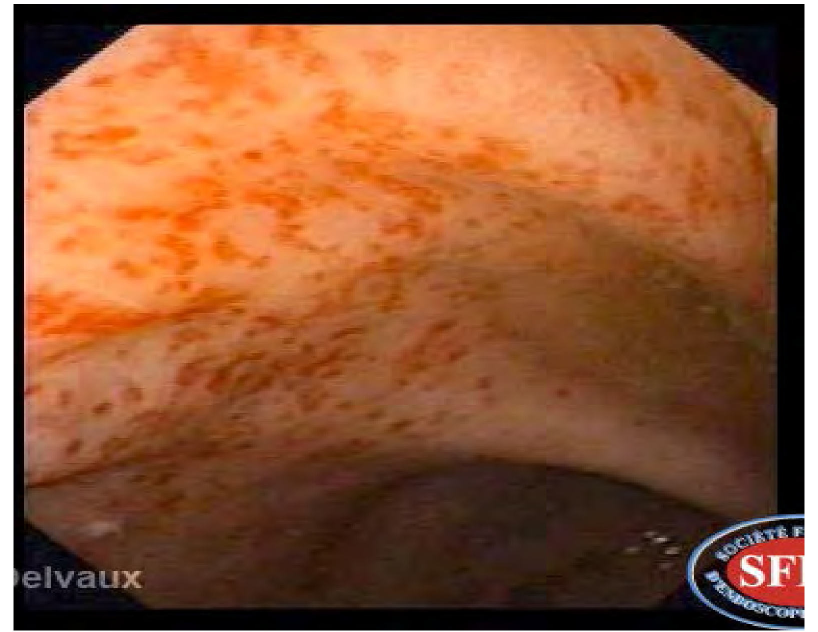
V. Examens Paracliniques

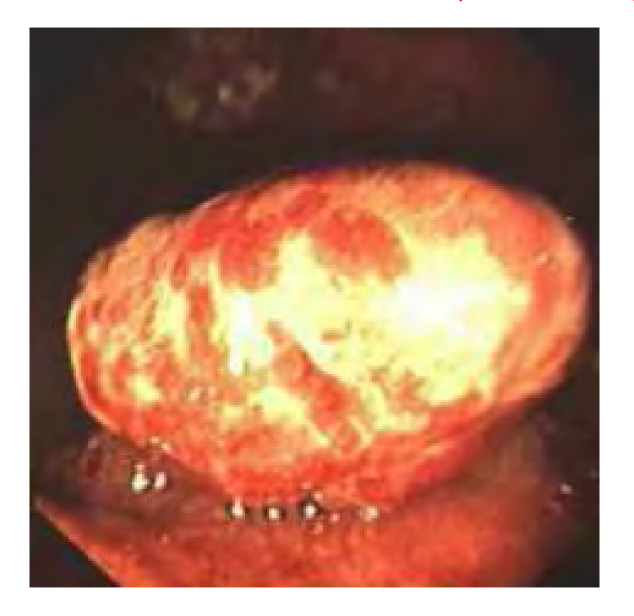
- Biologie : NFS – VS – CRP – Parasito des selles – Coproculture ?
- Glycémie, urée, créatinine, ionogramme (Na, K+) – Taux d'albumine
- Endoscopie :
  - Rectoscopie/coloscopie
- Érythème–Congestion–Fragilité–ulcérations
- Formes vieillies : polypes, ↘ calibre et longueur
- Extension : Proctites, Colites gauches, C.étendue
- Biopsies : infiltrat lymphocytaire, Glandes raréfiées, hypocriniques, vasodilatation, Pas de granulome

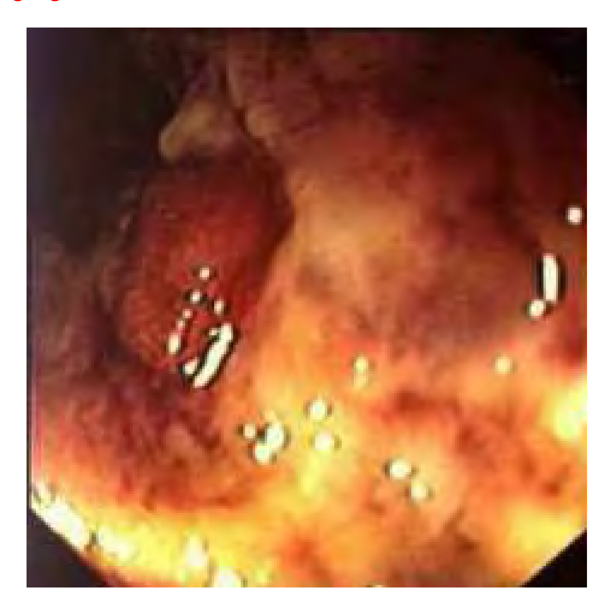

Delvaux
SF


Delvaux




Delvaux
SF





RCH pseudo polypes





Imagerie

- L.Baryté, Scanner = inutiles sauf en cas de rétrécissement
- Rx abdomen sans préparation : systématique en cas de suspicion de complication (perforation, colectasie)

VI. Au terme du bilan; classées en fonction de :

- L'intensité de la poussée critères de Truelove et Witts modifiés,
  - Nb de selles hgques, T° , Pouls, Hb, VS (ou mieux CRP), Albumine, intensité = poussée sévère, minime, modérée
- La Topographie
  - Proctite, CGche, Pancolite
- Le type évolutif de la maladie
  - Continu, intermittent
  - Son évolutivité: f.évolutive, peu évolutive, moyennement EV
- Importance ++ pour le traitement

VII. Evolution sous traitement

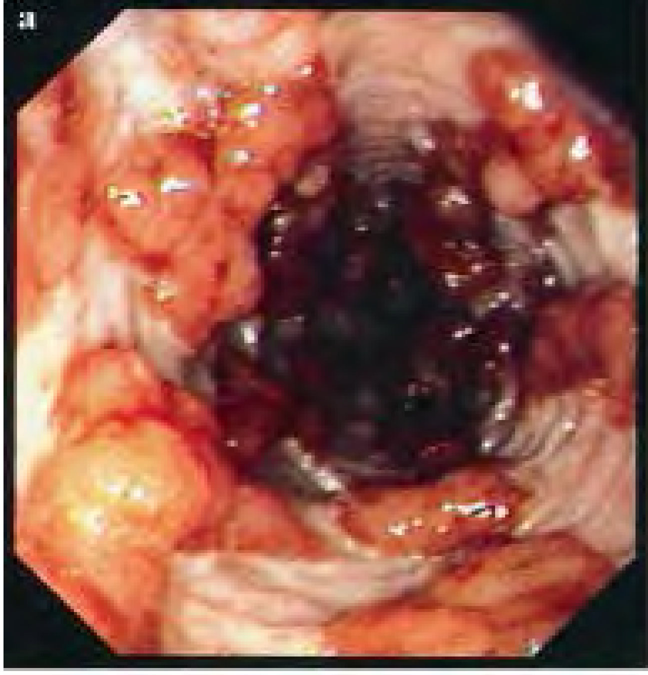
- Critères : cliniques, biologiques (CRP+++) endoscopiques (cicatrisation)
- Evolution :
  - Rémission profonde : R.clinique complète et cicatrisation des lésions
  - Rémission clinique complète – Rémission clinique incomplète
  - Échec – Complications

VIII. Formes cliniques

VIII.1. Formes aigues sévères = forme grave


b

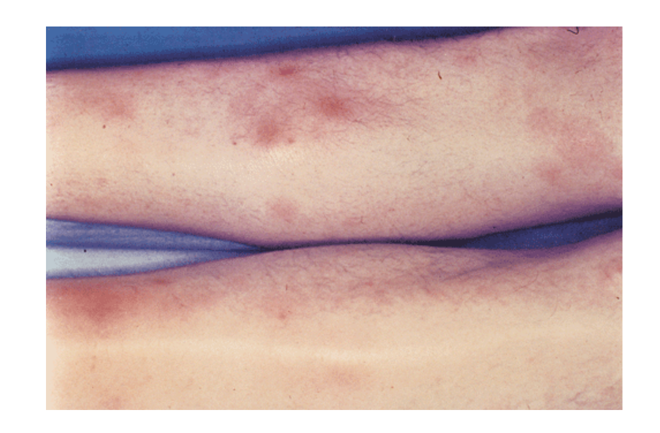

c


a

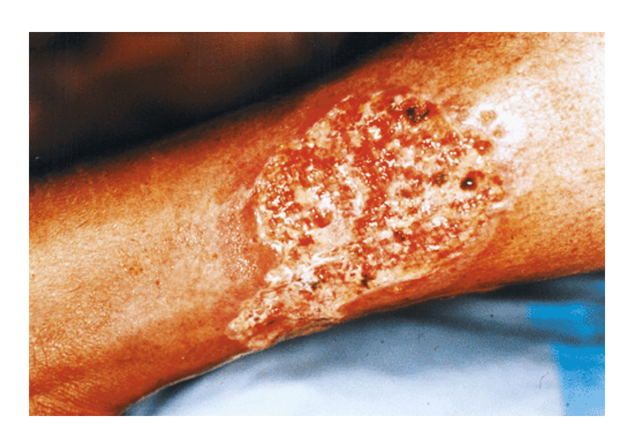
VIII2.1. Complications (manifestations) extra intestinales

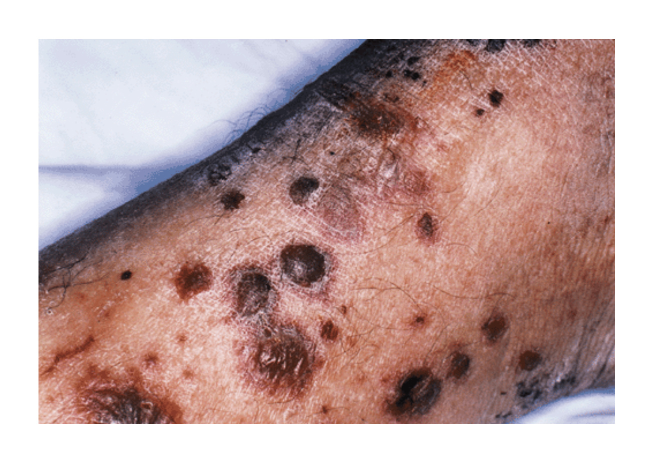
- Articulaires = périphériques – axiales
- Cutanées EN – Pyoderma gangrenum
- Ophtalmologie : uvéites ++
- Hépatobiliaires = hépatites chroniques, stéatoses, cholangite sclérosante+++
- Vasculaires = Thrombophlébites
- Rénales : glomérulonéphrites

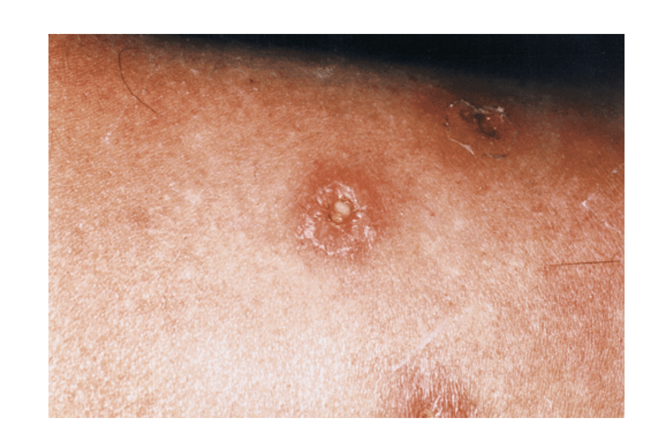












VIII.2. Formes compliquées

VIII.2.2.Complications Digestives

- Hgie digestive grave
- Colectasie aigue (Mégacolon toxique)
  - SF ↗ SG ↗ Sph=distension abdom. Rx abdom.: distension colique = diamètre>6cm
- Perforation
- Sténose (rare)
- Cancérisation : évolution > 8 ans – Pancolite – Surveillance +++

VIII.2.3. : Formes selon le terrain

– Enfant et adolescent

– Femme enceinte

– Sujet âgé

IX. Le diagnostic

- Positif = clinique + paraclinique+endo et histo
- Différentiel = les colites:
  - Colite aigue = infectieuse – Parasitaire – Ischémique
  - Colite chronique :
    - Maladie de Crohn/tuberculose

X. Traitement

X.1. Buts

– Rémission clinique complète sans corticoïdes ou Rémission profonde de la poussée
– Prévenir les rechutes et complications

X.2.Traitement médical

X.2.1.Traitement symptomatique

- réhydratation – Rééquilibration électrolytique – transfusion – rénutrition (albumine, lipides) – antispasmodiques non anticholinergiques ? antidiarrhéiques ? ATB ?

X.2.2.Traitement de la poussée : dépend de la topographie des lésions et de l’intensité de la poussée

- Proctite
  - Mésalazine suppositoires 1g/j (Rowasa®, Pentasa®) lavements (Pentasa®)
    - Suppo
      - 1 g par jour pendant 3 à 4 semaines
      - 1 g ts les 2j – Arrêt après 2 mois
  - Si échec : Lavements de corticoïdes ± Mézalazine peros

- **Colite gauche et pancolite**
  - **F. minime :**
    - Mésalazine per os 3 à 4g/j ± Mésalazine lavement 1 à 12 semaines
  - **Forme modérée** :
    - Mésalazine per os + lavement
      - En cas d'échec = corticoïdes per os 1mg/kg/j 4 semaines à diminuer progressivement de 5mg/semaine
  - **F. sévère:**
    - Corticoïdes IV: 300mg d'hydrocortisones + corticoïdes lavement + ATB IV + anticoagulants, surveillance +++

- Trt à maintenir 5 à 7j au maximum
- En cas d'échec : Ciclosporine IV (2mg/kg/j/IV) 10j ou antiTNF (Infliximab, Adalumimab) ou chirurgie

X.2.3. Cas particuliers :

- Corticorésistance = pas de rémission après 4 à 6S de corticoïdes : Ciclosporine ou AntiTNF ou chirurgie
- Corticodépendance : reprise évolutive au moment de la diminution des doses de corticoïdes

→ Immunosuppresseurs :

- Azathioprine (IMUREL®) : 2,5mg/kg/j ou 6Mercaptopurine (PURINETHOL®):1,5mg/kg/j ou

→ AntiTNF

X.2.4. Prévention des rechutes

- Si forme minime ou modérée = Mésalazine 2g/J

- Si forme modérée à sévère = Immunosuppresseurs (Azathioprine ou 6Mercaptopurine)

Traitement chirurgical

- Indications en urgence
  - Colite sévère avec échec du traitement médical
  - En cas de complications : colectasie aigue, perforation, Hgie massive

- Indication sélectives:
  - Corticorésistance
  - Corticodépendance

  } si échec du Trt médical
- RCH vieillie avec retentissement sur l'EG
- Cancer colique (ou dysplasie de haut grade)

- Type d’intervention :
  - Colectomie totale avec anastomose iléoanale sur réservoir
  - Colectomie subtotale avec anastomose iléorectale

Maladie de Crohn

I. Définition Généralités

- Maladie Inflammatoire Chronique d'étiologie indéterminée pouvant toucher l'ensemble du tube digestif à la bouche à l'anus mais prédominant au niveau de l'intestin.
- Anatomiquement = topographie des lésions particulières par :
  - Leur caractère discontinu, asymétrique
  - Leur tendance à la fistulisation et à la sténose
  - Leur caractère transmural
  - La présence (inconstante) de stigmates, histologiques (granulome++)
- Cliniquement : évolution par poussées/rémission

- Sur le plan thérapeutique : intérêt des AntiTNF alpha
- Récidives postopératoires fréquentes

II. Épidémiologie

- Variables selon les régions
- Incidence : 1,64/10^5h/an à Alger
- Sexe : H=F
- Age moyen :25,5ans – 16-77 ans
  75%<=40ans courbe bimodale
- Pics de fréquence = 35 ans et >60ans
- Ethnie : juifs+++ - noirs = blancs; Asie↘
  faible prévalence

III. Pathogénie

- Multifactorielle :
  - Prédisposition génétique : famille – Jumeau Ethnie – Mutation gêne NOD2 – CARD15
  - Facteurs d'environnement : tabac – flore intestinale (+++)
  - Facteurs immunitaires
    - Etat normal : tolérance immunitaire
    - Pathologie : dysrégulation immunité intestinale
  - Autres facteurs : alimentaires psychologiques etc…. non documentés

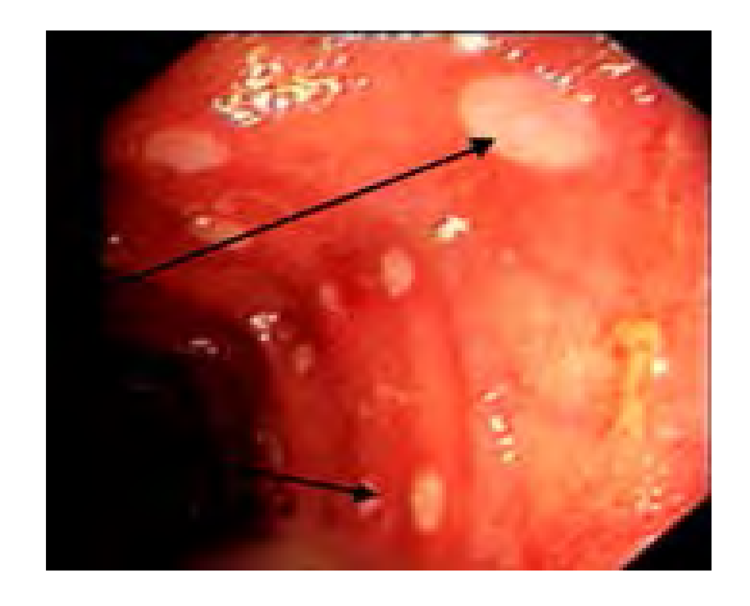
IV. Clinique

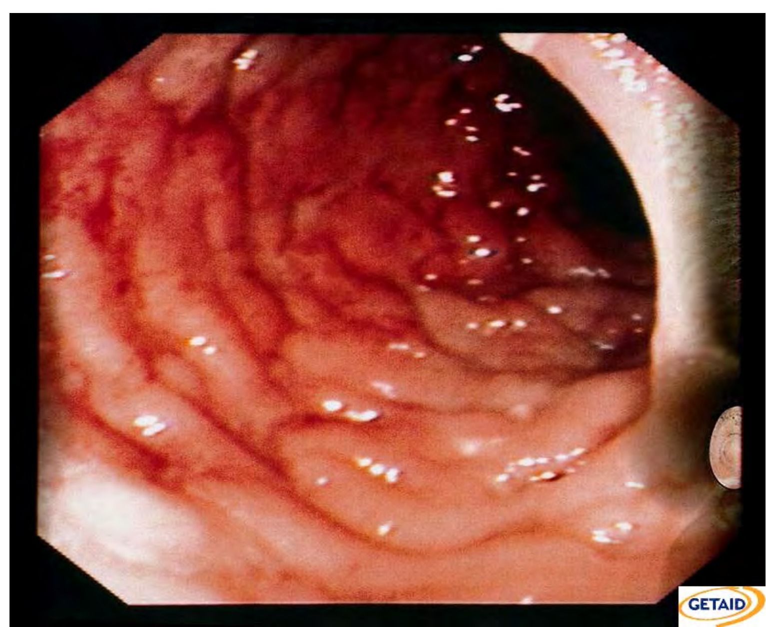
- Symptomatologie clinique variable selon la topographie des lésions
- TDD : MC iléale (iléite terminale)
  - Terrain
  - Mode de début : brutal (complication digestive ++) progressif
  - Manifestations cliniques
- SF : diarrhée/douleur abdominale/signes d'obstruction
- SG : fièvre ±, amaigrissement ±, asthénie
- SN : masse quadrant inf.dt =20 à 30% des cas
  - Examen proctologique : MAP 15 à 20%

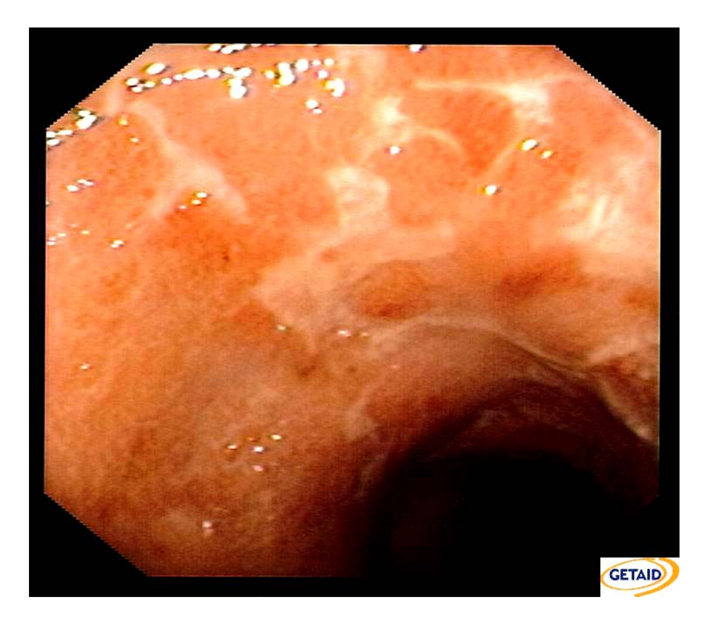
V. Examens Paracliniques

- Biologie :
  - Signes d'inflammation : CRP +++, VS, Calprotectine
  - Retentissement : NFS, Albumine, Ionogramme(Na,K+), calcémie, phosphorémie
- Endoscopie :
  - Coloscopie avec iléoscopie = atteinte iléale : érythème, congestion, œdème, aspect en pavage, ulcérations aphtoïdes superficielles, creusantes, serpigineuses surtout longitudinales calibre ↘= Nl, Atteinte coecale, valvule de Bauhin profonde
  - Endoscopie haute : GD systématique : recherche de lésions
  - Recherche de lésions anales
- Histologiques
  - Infiltrat lymphoplasmocytaire de la muqueuse, = œdème, nodules lymphoïdes, glandes normales, fissures, granulomes (++)
- Imagerie :
  - Echo = masse ou épaississement paroi iléale
abcès
Dg ≠ = appendicite aigue

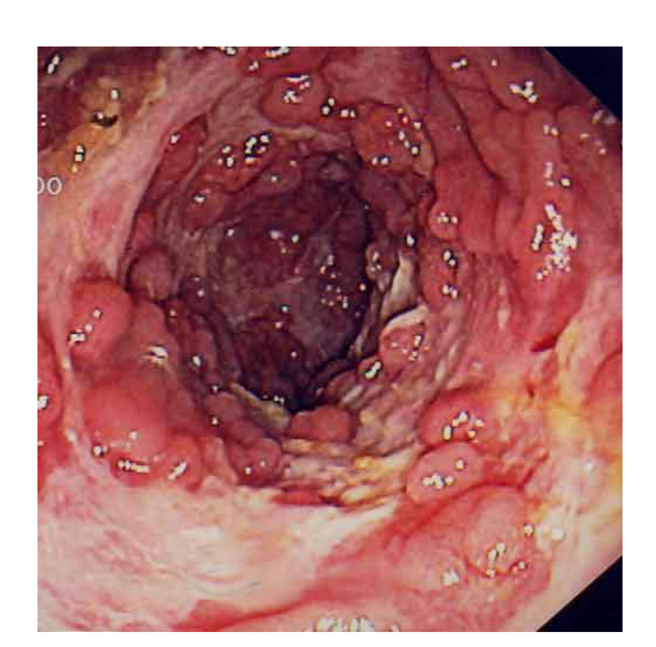





GETAID

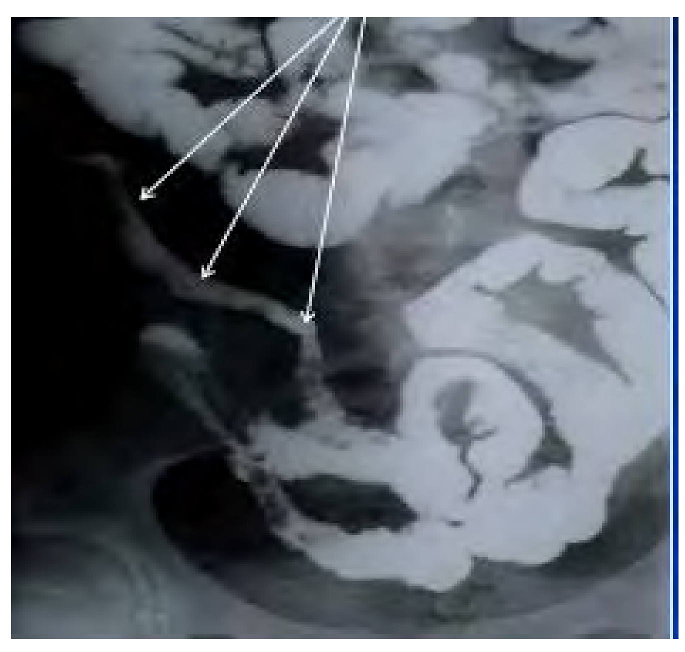

GETAID



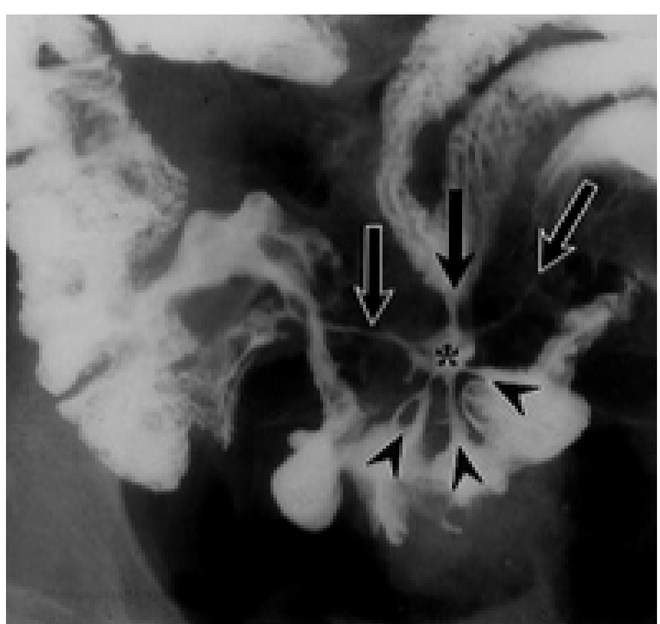



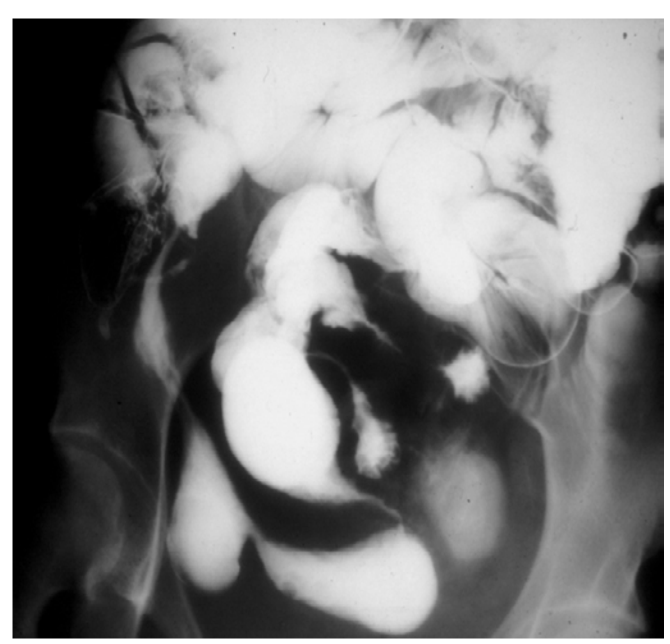
SACA

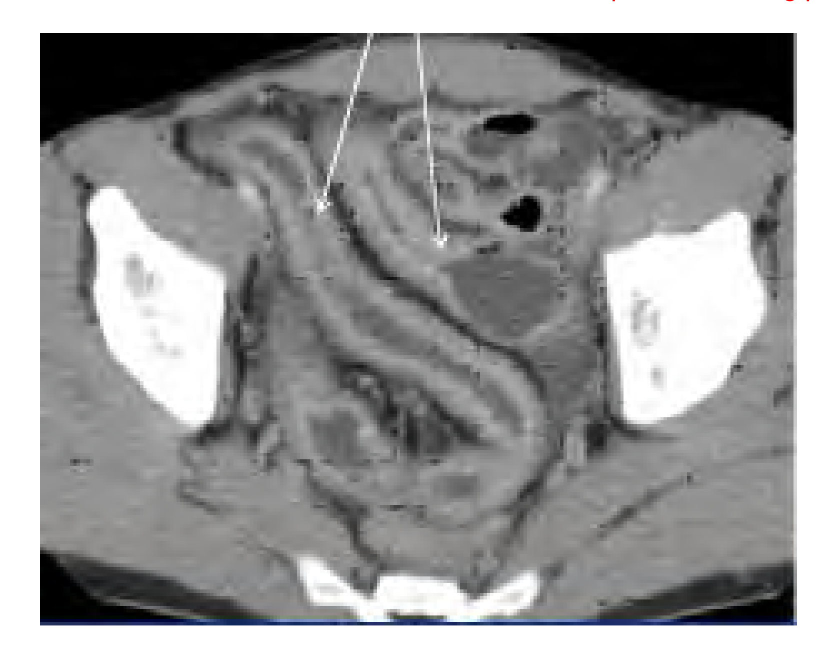

- Entéroscanner ou entéro IRM :
  - Epaississement pariétal (nb, siège, étendue)
  - Signes d'activité inflammatoire (vascularisation +++) – fistules – abcès
- Rx abdomen sans préparation : en urgence
- Transit baryté du grêle : peu, plus pratiqué

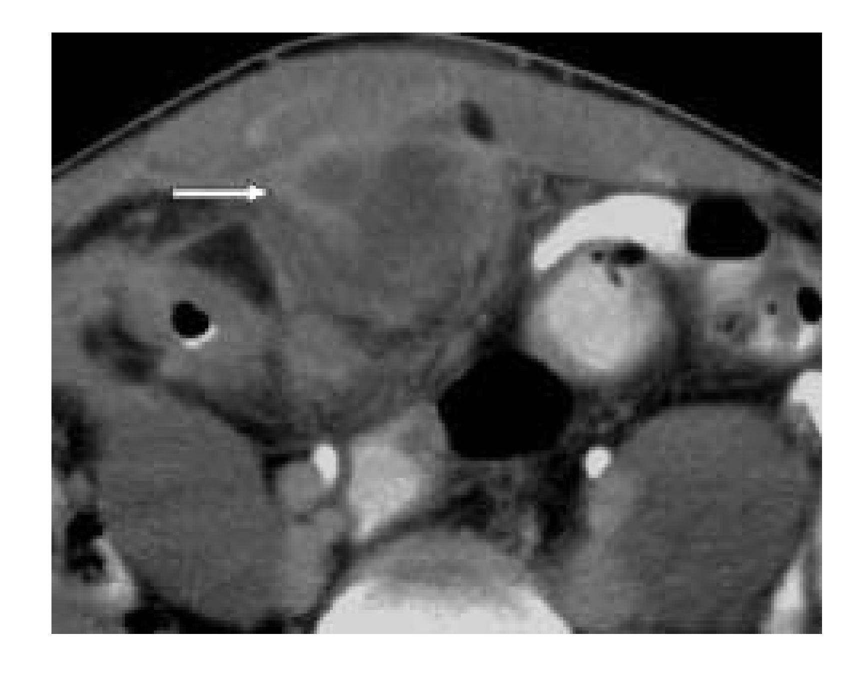


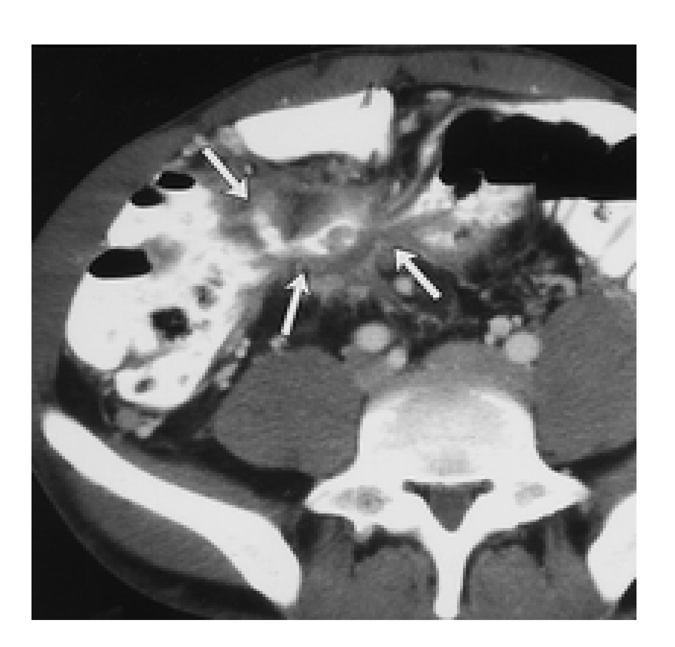












Vidéo capsule endoscopique




2:50:00
Gk
19 Jun 02
GIVEN(R)
03:50:40
MKR
Nov 06 00
GIVEN(R)
4:12:40
DBJ
17 Oct 01
GIVEN(R)
5:19:35
DBJ
17 Oct 01
GIVEN(R)

VI. Au terme du bilan on doit pouvoir

1. Reconnaître la maladie, son étendue, son type anatomique, (inflammatoire, pénétrant (fistulisant) sténosant selon la Classification de Montréal
2. Éliminer ou confirmer une complication chirurgicale (abcès, occlusion)
3. Apprécier son caractère évolutif ou non

   Indice de Best :

   - 150< = rémission – 150 à 300 = poussée minime
   - 300 à 450 = poussée modérée (à sévère) >450 = poussée sévère
4. Réunir des critères de sévérité de la maladie

VII. Evolution Traitée

- Elle est imprévisible
  - Critères de sévérité = âge <40 ans, forme pénétrante, forme étendue, MAP
  - Modalités évolutives de la poussée = rémission clinique complète – partielle, Rémission profonde (cicatrisation + des lésions) – Echec – Complications
  - Modalités évolutives de la maladie : continu, intermittente, compliquée/non compliquée – opérée/non opérée

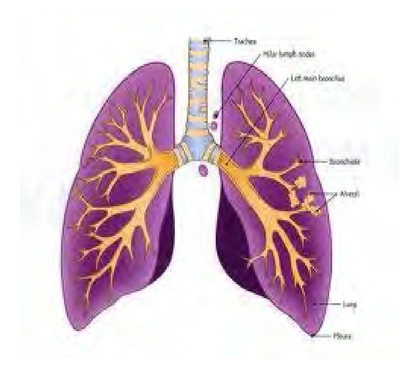
VIII. Formes cliniques :

VIII.1. Formes compliquées:

- Complications Intestinales :
  - Occlusion intestinale ++ : soit épisodes spontanément résolutifs (Sd de Koenig) soit occlusion vraie
  - Fistules entérotérales, entéropariétale, entérovésicale
  - Hgie massive : rare
  - Colectomie aigue (si atteinte colique)
  - Résection multiples et étendues : Sd du grêle court
  - Cancérisation dans les formes anciennes (grêle et colon)
- Complications extra intestinales
  - Articulaires = périphériques – axiales
  - Cutanées: EN – Pyoderma gangrenosum- Vascularites
  - Ophtalmologique : uvéites ++
  - Hépatobiliaires = hépatites chroniques, stéatose, cholangite sclérosante (+++)
  - Vasculaires = Thrombophlébites
  - Rénales : glomérulonéphrites

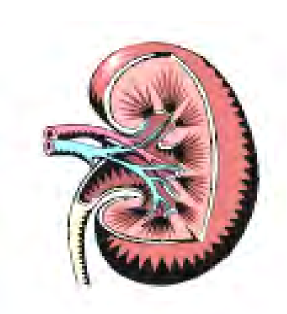
Manifestations extra- intestinales



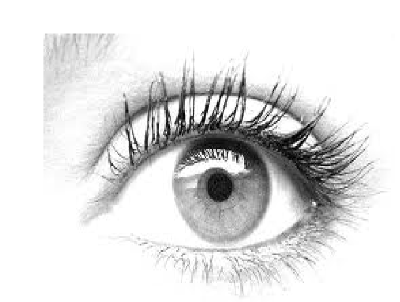


Cutanées
Ostéo articulaires
Oculaires
Hépatobiliaires
Pancréatiques
Broncho-pulmonaires
Rénales
Neurologiques

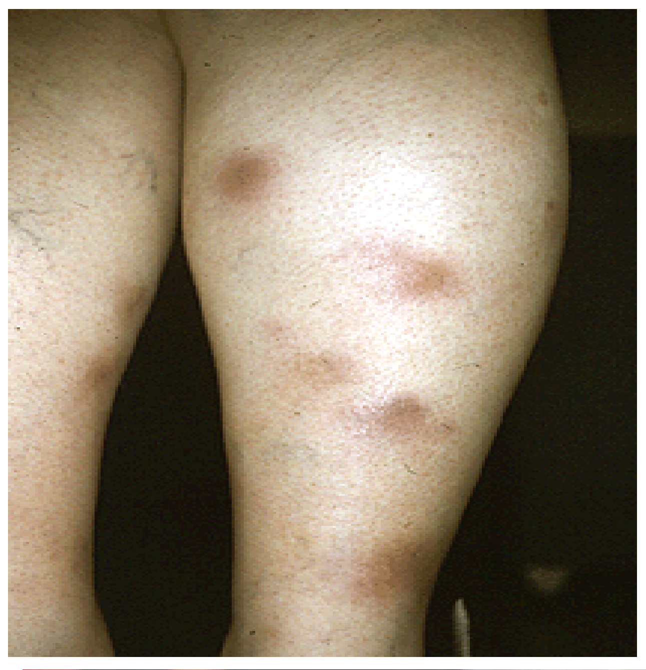








Manifestations cutanées









Manifestations ostéo-articulaires





Manifestations oculaires



UVEITE



EPISCLERITE

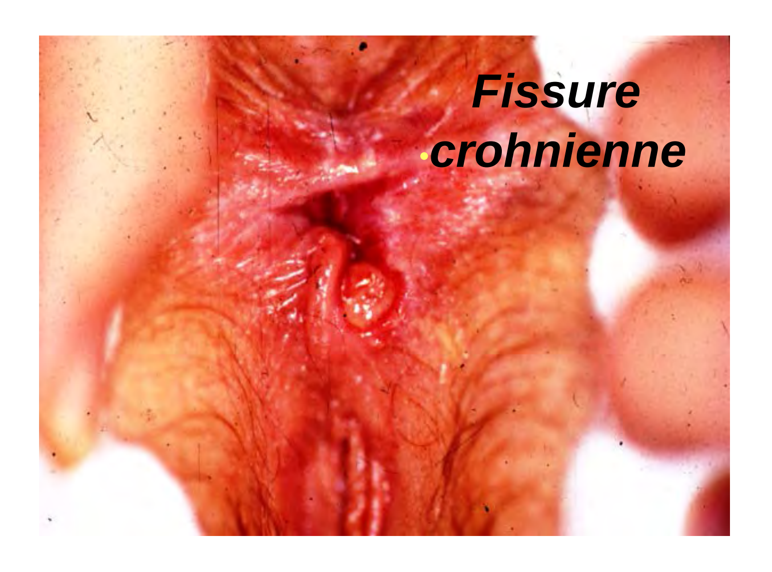
VIII.2. Formes topographiques(1)

- Œsophage : douleur rétrosternale – odynophagie – dysphagie – Endo : ulcérations – œdème gros plis, sténose
- Estomac + duodénum
  - Sd douloureux épigastrique – nausées vomissements
  - Signes d'obstruction haute – Hgie digestive
  - Endoscopie : ulcération ± gros plis ± rétrécissement
- Grêle proximal
  - Diarrhée, douleur, signes d'obstruction, hémorragie digestive
  - Masse abdominale : Endoscopie et Entéroscopie ou
  - Entéroscanner ou IRM= épaississement localisé ou étendu ± ulcérations ≠ sténose ± fistule± sclérolipome
  - peu ou pas de ganglion

Formes topographiques (2)

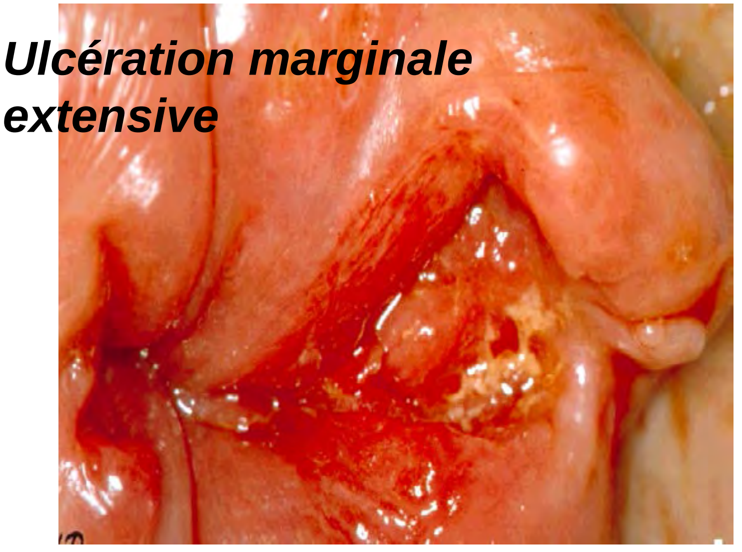
- Colon
  - Atteinte colique isolée ou associée à une atteinte du grêle
  - Diarrhée – douleurs coliques – Sd rectal – Hémorragie par voie basse
  - Endoscopie : lésions discontinues, asymétriques et hétérogènes – œdème et aspect pavé de la muqueuse – ulcérations volontiers seprigineuses – rétrécissements – rareté des fistules
- Atteinte anopérinéale
  - 50% des cas de MC - atteinte rectale +++
  - Fistules anales volontiers multiples, complexes et récidivantes
  - Ulcérations anales
  - Condylomes
  - Sténose anale inflammatoire ou fibreuse

Manifestations anopérineales









Manifestations anopérineales





ABCES

PERINEE FISTULEUX

VIII.3. Formes selon le terrain

- Femmes enceintes
  - Répercussion de la MC sur la grossesse: plus grande fréquence d'ABRT, mort in utéro
  - Répercussion de la grossesse sur la MC = aggravation de la maladie st conception au moment d'une poussée
- Enfant :
  - Forme sévère
  - Retentissement sur la croissance

IX. Le diagnostic

- Diagnostic Positif :
  - Signes digestifs chroniques chez un sujet jeune
  - Masse abdominale – MAP
  - Aspect évocateur des lésions intestinales endoscopie en histologie
- Diagnostic Différentiel :
  - Pathologie du grêle
    - Lymphome – tuberculose – jéjunoiléite ulcéreuse
    - Pathologie infiltrative : amylose entérite à éosinophiles
  - Pathologie colique
    - Tuberculose - cancer
  - Pathologie anale
    - Tuberculose – Maladie de Nicolas Favre
    - Maladie de Buschke Lowenstein

X. Traitement

X.1. Buts :

- Obtenir la rémission sous corticoïdes (profonde) de la poussée
- Prévenir les récidives

X.2.Traitement symptomatique

- Réhydratation – équilibre ionique si nécessaire
- Antispasmodiques non anticholinergiques
- Antidiarrhéiques : éviter
- ATB per os si suspicion de pullulation microbienne

X.3.Traitement «Spécifique»

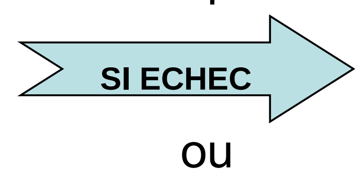
Traitement médical

X.3.1.Traitement de la poussée :

- Poussée minime
  - Mésalazine cp 4g/j
- Poussée modérée
  - Essai Mézalazine comprimés 4g/j



  - Corticothérapie per os 1mg/kg/j/4 semaines puis ↓ de 5mg/semaine
- Poussée modérée à sévère
  - Corticoïdes per os
- Poussée sévère
  - Corticothérapie IV = 300mg HHC
  - ATB par voie générale
  - Réhydratation : équilibration ionique



ou

  - Ciclosporine IV 2mg/kg/j/10j
  - Anti TNF: Infliximab ou Adalimumab ou chirurgie

- **X.3.2Traitement visant à prévenir les rechutes:**
  - Après rémission complète des f.minimes ou modérées
    - Mesalazine 2g/j ad vitam
  - Après rémission complète des f.modérées à sévères
    - Immunosuppresseurs
    - Azathioprine (Imurel®) : 2,5mg/kg/j
    - 6Mercaptoprine (Purinethol®) 1,5mg/j/kg/j
    - Surveillance hématologique
  - Formes traitées par Anti TNF
    - Continuer Anti TNF

X.3.3. Cas particuliers

- Pathologie anale:
  - Si fistule :
    - » Drainage sur seton
    - » Immunosuppresseurs + ATB (Ciprofloxacine/Métronidazole
    - » Si échec Anti TNF qui pourront être prescrits en 1er intention si pathologie grave
  - En l'absence de fistule
    - » Corticothérapie + immunosuppresseurs
    - » Si échec : Anti TNF
- Corticorésistance : anti TNF ou chirurgie
- Corticodépendance :
    - » Immunosuppresseurs
    - » Anti TNF si échec

- Traitement Chirurgical :
  - En urgence si complications :
    - Occlusion, abcès, colectasie aigue
  - En dehors de l'urgence
    - Accidents obstructifs itératifs résolutifs spontanément (sténoses) + fistules entérocutanées, entérovésicales, péritonales